

# Bewerbungsbogen

**Bitte füllen Sie den Bewerbungsbogen aus und senden Sie uns diesen per Post oder E-Mail zurück.**

## Bewerbung für die Ausbildung

Medizinisch-technische Laborassistentz	Oktober 20
Medizinisch-technische Radiologieassistentz	Oktober 20
Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik	Oktober 20

---

---

### 1. Persönliche Daten

Vorname		Nachname	
Straße		PLZ/Ort	Bundesland
Telefon:	Mobil-Telefon:	E-mail	
Geburtstag	Geburtsort	Geburtsname	
Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Familienstand	
bei minderjährigen Bewerbern		Name des gesetzlichen Vertreters	

### 2. Schulbildung, Berufsausbildung, Studium

von (MM,JJ)	bis (MM,JJ)	Institution	Schul-, Ausbildungs-, Studienabschluss
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

### 3. Berufspraxis, Praktika

von (MM,JJ)	bis (MM,JJ)	Institution	Tätigkeit als
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

### 4. Besondere Kenntnisse:

---

---

---

---

Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Schwerpunkte in Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch. Sie bilden die Grundlage des Gespräches.

1. Warum haben Sie sich für eine Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft entschieden?

---

---

---

---

---

2. Haben Sie bereits Praktika absolvieren können und welche Erfahrungen waren dabei für Sie wichtig?

---

---

---

---

---

3. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Entwicklung nach einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung vor?

---

---

---

---

**Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:**

beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses bzw. letzten Zeugnisses

beglaubigte Kopie des Personalausweises (bei ausländischen Pass Nachweis Sprachtest A2/B1)

Praktikumsbeurteilung (wenn vorhanden)

Ärztliche Bescheinigung zur Berufstauglichkeit (siehe Anlage)

ausreichend adressierter und frankierter Rückumschlag (A4)

Nach erfolgreichem Vorstellungsgespräch reichen Sie bitte bis zum Ausbildungsbeginn folgende Unterlagen nach:

- o Impfnachweis Hepatitis A und B
- o erweitertes Führungszeugnis

**und senden Ihre Bewerbung an die:**

**Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V.  
Schwanebecker Chaussee 4 E-H  
13125 Berlin**

**[e.weinreich@gesundheit-akademie.de](mailto:e.weinreich@gesundheit-akademie.de)**

Für telefonische Rücksprache steht Ihnen unser Team gern zur Verfügung:

**Tel. 030-940306-0**

Wir bedanken uns für Ihre Bewerbung in unserer Akademie und Ihr damit gezeigtes Interesse an unserer Einrichtung.

Bezüglich eines Vorstellungstermins werden wir uns in den nächsten 14 Tagen bei Ihnen melden.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des/der staatlich anerkannten Medizinisch-technische/n Laboratoriumsassistenten/in, Medizinisch-technische/n Radiologieassistenten/in, Medizinisch-technische/n Assistenten/in für Funktionsdiagnostik geeignet ist.

Sie/er leidet derzeit an keiner psychischen oder physischen Erkrankung, insbesondere keiner Sucht und keiner ansteckenden Krankheit.

\_\_\_\_\_  
Datum / Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hausarzt